

O Consumo de Cirurgia Estética: a Influência da Autoestima e do Materialismo

VIVIANE YAMASAKI

ESPM

viviyamasaki@hotmail.com

MATEUS CANNIATTI PONCHIO

ESPM

mponchio@espm.br

SUSANA COSTA E SILVA

Universidade Católica Portuguesa

ssilva@porto.ucp.pt

THELMA VALÉRIA ROCHA

ESPM

tvrocha@espm.br

O Consumo de Cirurgia Estética: a Influência da Autoestima e do Materialismo

1. Introdução

A cirurgia plástica estética (CPE) refere-se a uma especialidade que tem como objetivo principal a manutenção, restauração ou melhoria da aparência física de uma pessoa saudável, por meio de técnicas médicas e cirúrgicas que remodelam as estruturas normais do corpo (ASPS – *American Society of Plastic Surgeons*, 2011). O Brasil é o segundo país que mais realiza cirurgia estética no mundo, com 905 mil procedimentos realizados em 2012, perdendo apenas para os Estados Unidos, que realizaram 1,1 milhão de procedimentos. Por outro lado, Portugal não consta no ranking divulgado pelo jornal Folha de São Paulo (2013) como fazendo parte dos 10 países com maior número de intervenções cirúrgicas estéticas.

As intervenções cirúrgicas do foro estético constituem um mercado aliciante para especialistas nesta área. De fato, de acordo com Parker (2009), os procedimentos cirúrgicos estéticos em Portugal deverão movimentar, em 2013, cerca de US\$ 64,8 milhões, valor que representa 0,34% dos procedimentos estéticos mundiais, sendo que a previsão para o Brasil, para o mesmo período, é de US\$ 540,7 milhões, o que compreende 2,84% das CPE a serem realizadas ao redor do globo. Ou seja, Portugal e Brasil apresentam-se como países díspares em termos de consumo deste tipo de intervenções, pelo que se apresenta interessante conhecer quais os fatores que mais influenciam o consumo deste tipo de procedimento cirúrgico nos dois mercados.

A cirurgia plástica pode ser vista como uma ferramenta a ser empregada na tentativa de manter ou aumentar a autoestima (HENDERSON-KING; HENDERSON-KING, 2005). A baixa autoestima, a imagem corporal negativa e a nostalgia por dias melhores combinam-se para produzir nos indivíduos um sentimento de insatisfação consigo mesmos (ROUNTREE; DAVIS, 2011), o que pode levar à autoinsatisfação. A autoinsatisfação, por sua vez, pode levar as pessoas a adotarem medidas extremas para saírem desta situação, incluindo o consumo de produtos e a realização de procedimentos cirúrgicos para melhorarem o corpo. Logo, parece poder aferir-se daqui que baixa autoestima e baixa autoavaliação do corpo potenciam o desejo de compra de serviços de cirurgia estética.

Por outro lado, a imagem corporal também está ligada ao materialismo. De acordo com Kasser e Ryan (1996) e Kasser (2002), os valores materialistas são expressos pela aspiração ao sucesso financeiro, alto *status* social e aparência. De acordo com Delinsky (2005), da mesma forma, certos adjetivos, como *materialista*, *autoconsciente* e *perfeccionista*, foram também eleitos para refletir um estereótipo generalizado sobre os pacientes da CPE. Sabe-se que a cirurgia plástica, como técnica de modificação, tem potencial para aumentar a atratividade física e permitir a seu usuário adquirir os benefícios sociais e financeiros a ela associados (HENDERSON-KING; BROOKS, 2009). Logo, parece poder aferir-se daqui que o materialismo faz aumentar a propensão pelo consumo de serviços de cirurgia estética.

Neste contexto, o estudo em questão tem como objetivo avaliar a influência da autoestima, da autoavaliação do corpo e do materialismo na aceitação à cirurgia estética no Brasil e em Portugal. A contribuição desse estudo está no entendimento do consumo da CPE no Brasil e em Portugal, na visão *cross* cultural.

2. Referencial teórico

De forma a clarificar os conceitos teóricos por que nos regeremos, convém apresentar a definição que doravante consideraremos dos nossos principais construtos:

autoestima, autoavaliação do corpo, materialismo e aceitação à CPE, bem como a relação entre eles.

2.1 Autoestima e autoavaliação do corpo

Segundo Coopersmith (1967), a autoestima é o julgamento que o indivíduo faz, e que rotineiramente alimenta, em relação a si mesmo. A autoestima incorpora uma atitude de aceitação ou não aceitação e indica em que grau o indivíduo se crê com qualidades positivas. É constituída por uma ponderação de valores que se manifestam nas atitudes que o indivíduo costuma ter em relação a si mesmo. Trata-se, portanto, de uma experiência subjetiva que a pessoa demonstra aos outros, por meio de relatos verbais e expressões públicas de comportamentos observáveis.

A totalidade de juízos de valor que uma pessoa tem sobre si mesma é chamada de autoestima. Essa autoestima pode ser decomposta em diversos componentes, tais como valor pessoal, respeito por si mesmo, autoconfiança e amor próprio (ROSENBERG, 1986). De acordo com Michener, Delamater e Myers (2005), a comparação social pode afetar a autoestima, pois quando o indivíduo se compara a pessoas que ocupam posições sociais inferiores, tende a se autovalorizar, mas, quando as comparações são realizadas com pessoas de posições sociais superiores, o indivíduo pode ter seu bem-estar e sua autoestima reduzidos. As alterações nos estados da autoestima são divididas por Rosenberg (1965) em três níveis, o baixo, o médio e o alto:

a) a baixa autoestima é caracterizada pelo sentimento de incapacidade, de inadequação à vida e de incompetência para superar desafios;

b) a média autoestima consiste na flutuação entre os sentimentos de adequação e de inadequação à vida, representando uma inconsistência refletida no comportamento do indivíduo;

c) a alta autoestima representa um sentimento de confiança e competência.

Solomon (2008) afirma que a autoestima está relacionada com a positividade do autoconceito de um indivíduo. O autoconceito, por sua vez, é o entendimento cognitivo e afetivo que uma pessoa tem a respeito de “quem somos” e do “que somos” (SCHOUTEN, 1991), um conjunto de crenças que um indivíduo possui sobre os seus atributos e sobre como se avaliar. O autoconceito abrange elementos como as identidades de papéis, atributos pessoais, relacionamentos, fantasias, posses e outros símbolos que os indivíduos usam para fins de autocriação e autocompreensão (SCHOUTEN, 1991). Dos muitos símbolos e expressões de si, o corpo ocupa um lugar de extrema importância psíquica (BELK; AUSTIN, 1986) e cultural (POLHEMUS, 1978; OBEYESEKERE, 1981). Um componente importante do autoconceito é a imagem, a percepção e a avaliação do próprio corpo, em termos de elementos como o tamanho e a capacidade de atração (FISHER, 1986).

Delinsky (2005) argumentou que quanto maior é a importância da aparência para a autoestima das mulheres, maior é a aprovação delas em relação à cirurgia estética. Segundo o autor, foi constatado também que quanto maior a autoestima da mulher, maior é a sua aprovação para com a cirurgia estética. É possível que, para as pessoas de maior autoestima, a CPE seja algo positivo, sendo um meio pró-ativo de reforçar a autoimagem. Já Haiken (1997) afirma que as pessoas consideram a possibilidade de fazer a cirurgia estética devido a um profundo sentimento de inadequação pessoal em relação à sua aparência. Sendo assim, ao invés de resumir a vaidade dos indivíduos, a cirurgia pode ser vista como algo que possibilita ao indivíduo reparar um dano em seu autoconceito.

Há evidência de que a autopercepção de atratividade e a satisfação com o corpo sejam preditores significativos do interesse pela CPE, pois os indivíduos que se percebem (completa ou parcialmente) como pouco atraentes são mais propensos a considerar a realização de uma cirurgia plástica do que aqueles que se percebem como atraentes ou estão satisfeitos com seu

aspecto físico (SARWER *et al.*, 1998a; DIDIE; SARWER, 2003; HENDERSON-KING, HENDERSON-KING, 2005; BROWN *et al.*, 2007).

Brown et al. (2007) verificaram que as baixas autoavaliações de atratividade física estão relacionadas à maior probabilidade de fazer uma CPE. Aqueles que se sentiram fisicamente pouco atraentes eram mais abertos a uma cirurgia plástica, o que apoia a ideia de que não conseguir atingir os ideais sociais de atratividade induz insatisfação com o corpo e, possivelmente, leva o indivíduo a considerar a realização de uma cirurgia estética. Os indivíduos que se classificaram com atratividade física menor foram mais propensos a considerar a realização de uma cirurgia estética (BROWN *et al.*, 2007; SWAMI *et al.*, 2008) e os que apresentaram maior insatisfação com o corpo mostraram ser mais propensos a realizar a CPE do que os indivíduos satisfeitos (MARKEY; MARKEY, 2010).

A CPE aparece como uma forma de afastar possíveis resultados negativos da “baixa atratividade”, em geral não como uma forma de atingir os níveis desejados de atratividade física (HENDERSON-KING; HENDERSON-KING, 2005). Pesquisas sobre os efeitos de negatividade indicam que as pessoas tendem a ser mais influenciadas por informações negativas do que positivas (FISKE, 1980). Esse viés também pode agir sobre a autoimagem, em que o medo do olhar reprovador pode ser um estímulo mais poderoso do que os sonhos de um olhar aprovador (HENDERSON-KING; HENDERSON-KING, 2005).

Ainda, Rountree e Davis (2011) sugerem que melhorar a autoestima com eliminação das questões negativas da imagem do corpo é um dos motivos frequentes que levam o indivíduo a realizar uma CPE. Sarwer et al. (2008) identificaram nos pacientes que realizaram a CPE alto índice de satisfação e melhorias na imagem corporal, nos primeiros três meses após a cirurgia. Estas melhorias foram bem conservadas durante os primeiros dois anos de pós-operatório.

2.2 Materialismo

O termo “materialismo” denota a importância que um indivíduo atribui às suas posses mundanas (BELK, 1984). Segundo Belk (1985), os níveis mais altos de materialismo são assumidos quando as posses ocupam lugar central na vida de uma pessoa e se tornam a sua maior fonte de satisfação ou insatisfação. Na visão de um materialista as posses são centrais em sua vida, e o aumento do consumo eleva a sua satisfação pessoal.

Para os materialistas, as posses materiais são utilizadas para caracterizar e comunicar seus valores (RICHINS, 2004). De acordo com Richins e Dawson (1992), o materialismo possui três dimensões de valor: o sucesso (em que as posses são entendidas como fator de sucesso), a centralidade (em que a aquisição é vista como o ponto central da vida do indivíduo) e a felicidade (em que a aquisição corresponde à busca da felicidade).

Na dimensão do *sucesso*, os materialistas tendem a julgar a si próprios e aos outros pelo número e qualidade de seus bens acumulados; na *centralidade*, os materialistas fazem das posses o foco central de suas vidas; e na dimensão da felicidade, as relações dos materialistas com os bens são essenciais para sua satisfação e seu bem-estar. Assim, o valor dos bens, para os materialistas, reside na capacidade que eles têm de conferir determinado *status* e de projetar a autoimagem por eles desejada.

Segundo Richins e Dawson (1992), as pessoas materialistas têm um sistema de crenças central e comportamentos que as distinguem das pessoas menos materialistas. Estes indivíduos mais materialistas dão mais valor às posses do que os menos materialistas. Os consumidores mais materialistas podem obter prazer ao adquirirem ou mostrarem um bem, e não ao usá-lo. Os mais materialistas são mais autocentrados e preferem utilizar seus recursos para si próprios, ao invés de compartilhá-los com os outros, mesmo que sejam amigos íntimos ou familiares.

Quando Fournier e Richins (1991) entrevistaram diferentes consumidores para descobrir como eles enxergavam os consumidores materialistas, os entrevistados os caracterizaram como indivíduos que querem possuir o que há de melhor, os bens mais caros e outras posses que confirmam status. Por sua vez, os mais materialistas, em comparação com os menos materialistas, se veem como mais gastadores e favoráveis à aquisição de empréstimos em diversas situações, como para comprar artigos de decoração, carros, barcos, uma segunda casa ou, até mesmo, para viajar de férias. De acordo com Watson (2003), embora os mais materialistas não se diferenciem substancialmente dos menos materialistas nos seus comportamentos de poupança, eles se diferenciam significativamente na atitude de fazer um empréstimo para comprar itens não necessários.

Rose e Dejesus (2007) afirmam que o consumo pode ser usado como um meio para aumentar o sentimento de “pertencer”, e aqueles que possuem essa necessidade podem ter predisposição para o materialismo. Assim, o consumo pode proporcionar um sentido para se alcançar os objetivos de vida. Segundo esta linha de pensamento, o materialismo pode ter efeitos positivos sobre a identidade individual, consistindo a definição do “eu” na soma total de tudo que pode ser chamado de “seu”. Entretanto, no que diz respeito ao indivíduo, Arndt et al. (2004) ligam o materialismo ao seu oposto, sugerindo que as mais altas necessidades intrínsecas não podem ser satisfeitas com bens materiais, contrariamente à ideologia do consumo que sugere que a posse material pode gerar satisfação. É importante salientar também que o materialismo pode se tornar um problema nas situações em que o objetivo físico de consumo ofusca todos os outros objetivos do eu e do desenvolvimento interativo (BELK, 1985; RICHINS, DAWSON, 1992).

Richins e Dawson (1992) e Burroughs e Rindfleisch (2002) demonstram que há uma relação negativa entre o materialismo e o bem-estar. O fato de um indivíduo ser excessivamente focado na aquisição de bens materiais (isto é, ser muito materialista) tem sido associado com a baixa autoestima, com a insatisfação e com baixos níveis de bem-estar subjetivo. Lens, Pandelaere e Warlop (2010) investigaram as relações entre a exposição à publicidade, a autoestima e o materialismo. Os resultados demonstraram um aumento significativo de materialismo no grupo exposto à publicidade, em comparação com o grupo de controle. Além disso, a exposição à publicidade aumentou significativamente a autoestima dos consumidores que acreditavam que podiam pagar pelos luxos apresentados, em comparação aos consumidores que não podiam pagar.

Já a associação entre o materialismo e a relação com o corpo foi abordada por Bartky (1982) em sua pesquisa sobre a experiência corporal das mulheres. O autor afirma que o complexo de moda/beleza está enraizado no capitalismo. Ao promover uma visão do corpo feminino como objeto ou projeto, fomenta-se uma cultura de consumo em que o próprio corpo, somado aos produtos e serviços que podem aumentar o seu valor, torna-se uma *commodity*. Para Henderson-King e Brooks (2009), as mulheres motivadas por aspirações materialistas, ao invés de aspirações intrínsecas, estão mais propensas a experimentar o corpo como um projeto, indicando que são mais favoráveis a ver a cirurgia estética como uma forma útil para aumentar a atratividade. Assim, espera-se encontrar, nesse estudo, que as pessoas mais materialistas aceitem mais a cirurgia estética mais do que as menos materialistas.

3. Procedimentos Metodológicos

Dois questionários contendo o mesmo conjunto de perguntas fechadas foram elaborados com uso da ferramenta *online Survey Monkey* e tiveram seu *link* disponibilizado em redes sociais. Obtiveram-se duas amostras de natureza não probabilística, de tamanhos 217 e 148, compostas por respondentes das cidades de São Paulo e Porto, respectivamente.

Foram incluídos no questionário indicadores para mensurar autoestima, autoavaliação do corpo, materialismo e aceitação à cirurgia plástica estética, além das variáveis de controle idade e gênero. A seguir são descritas as formas de operacionalização de cada um dos construtos investigados. Todos os itens foram medidos em escala Likert de 5 pontos.

Autoestima

Para medir a autoestima dos respondentes de São Paulo foi usada a escala de Rosenberg (1965), conforme traduzida e adaptada para o contexto paulistano por Dini, Quaresma e Ferreira (2004). Para ser aplicada em Portugal, essa versão passou por procedimento de validade de conteúdo e de face, em que dois especialistas em comportamento do consumidor de uma universidade portuguesa avaliaram e propuseram leves ajustes de redação em alguns dos itens com o propósito de adequá-los ao uso do idioma nos dois países.

Autoavaliação do corpo

Para mensurar a autoavaliação do corpo foi utilizada a escala de Marsh e O'Neill (1984), conhecida como *Self Description Questionnaire* (SDQ). O questionário completo possui 136 itens que avaliam treze dimensões, dentre elas a de aparência física, com dez itens, os quais foram utilizados neste estudo. Depois de efetuado procedimento de tradução reversa, os itens foram submetidos a procedimento de validação de conteúdo e de face: dois especialistas no Brasil e dois em Portugal avaliaram, de forma independente, a adequação dos itens (amostra de domínio de conteúdo) e sua redação para mensurar o construto latente de interesse.

Materialismo

A escala utilizada para medir o nível de materialismo dos respondentes foi a de Richins (2004), conforme traduzida e adaptada para o contexto paulistano por Ponchio e Aranha (2008). Para uso em Portugal, os itens passaram por procedimento de validação análogo ao da escala de autoestima.

Aceitação à cirurgia plástica estética

Para mensurar a aceitação à realização de CPE, adotou-se a escala de *Acceptance of cosmetic surgery* de Henderson-King e Henderson-King (2005), a qual foi traduzida, adaptada e validada para o contexto brasileiro por Swami et al. (2011).

A escala é composta por 15 itens que, em teoria, refletem três dimensões: influência de fatores sociais sobre a aceitação à realização de CPE (SOCIAL), motivações intrapessoais para realizar CPE (INTRA) e a consideração de se submeter à CPE (CONSIDER).

As Tabelas 1 e 2 apresentam estatísticas descritivas das amostras de São Paulo e de Porto. A redação final dos itens, usada nos questionários para São Paulo e para Porto, está disponível a partir dos autores.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas dos itens das escalas de autoestima (AE) e de autoavaliação do corpo (AECorp) – respondentes brasileiros e portugueses

São Paulo					Porto				
Item	Média	Desv. Pad.	Média	Desv. Pad.	Item	Média	Desv. Pad.	Média	Desv. Pad.
AE1	3,70	0,99	4,16	0,75	AECorp01	3,15	1,00	3,28	0,97
AE2	2,33	1,23	2,03	1,19	AECorp02	2,01	1,00	1,93	0,92
AE3	4,22	0,80	4,34	0,55	AECorp03	3,22	1,06	3,26	0,94
AE4	4,29	0,83	4,31	0,77	AECorp04	3,00	1,22	3,02	1,09
AE5	2,11	1,19	1,74	0,92	AECorp05	3,09	1,32	3,32	1,21
AE6	2,49	1,27	1,96	1,14	AECorp06	2,21	1,05	2,09	1,14
AE7	4,12	0,92	4,39	0,69	AECorp07	3,81	0,89	3,68	0,77
AE8	2,62	1,33	2,16	1,18	AECorp08	3,78	1,08	3,36	1,04
AE9	1,98	1,15	1,70	0,95	AECorp09	2,50	1,00	2,45	0,84
AE10	3,86	1,01	3,94	0,91	AECorp10	4,03	0,76	3,91	0,75

Fonte: elaboração própria.

Os itens AE1, AE3, AE4, AE7 e AE10 estão redigidos na forma direta, enquanto os itens AE2, AE5, AE6, AE8 e AE9 estão redigidos na forma inversa. Para obter a pontuação de autoestima dos participantes do estudo, adotou-se a metodologia proposta por Dini, Quaresma e Ferreira (2004, p. 50), que consiste em inverter a resposta dos itens redigidos na forma inversa e, então, somar as respostas dadas aos dez itens. A autoestima de um indivíduo pode, portanto, variar de 10 a 50, pontuação interpretada como ‘quanto maior, maior a autoestima’. Procedimento análogo foi adotado para a escala de autoavaliação do corpo, na qual os itens AECorp02, AECorp04, AECorp06, AECorp08 e AECorp09 estão redigidos na forma inversa.

Tabela 2 – Estatísticas descritivas dos itens das escalas de materialismo e de aceitação à CPE – respondentes brasileiros e portugueses

São Paulo					Porto				
Item	Média	Desv. Pad.	Média	Desv. Pad.	Item	Média	Desv. Pad.	Média	Desv. Pad.
Mat01	2,87	1,15	2,34	1,02	Intra01	3,62	1,22	3,04	1,25
Mat02	2,74	1,17	2,37	1,02	Intra02	3,74	1,04	3,60	0,96
Mat03	2,58	1,04	2,64	1,07	Intra03	3,52	1,09	3,46	1,01
Mat04	3,23	1,11	3,19	1,06	Intra04	3,73	0,93	3,67	0,84
Mat05	3,13	1,15	2,91	1,03	Intra05	3,66	1,09	3,57	0,84
Mat06	2,51	1,15	2,19	1,06	Consider01	3,23	1,31	2,72	1,12
Mat07	2,43	1,16	2,87	1,18	Consider02	2,70	1,36	2,51	1,15
Mat08	2,86	1,12	2,60	1,02	Consider03	3,10	1,38	2,62	1,23
Mat09	1,56	0,73	1,47	0,74	Consider04	2,86	1,45	2,21	1,20
					Consider05	2,41	1,31	2,51	1,11
					Soc01	2,42	1,25	2,18	1,05
					Soc02	2,47	1,20	2,40	0,99
					Soc03	2,62	1,30	2,45	1,05
					Soc04	2,48	1,20	2,35	1,09
					Soc05	2,74	1,29	2,38	0,98

Fonte: elaboração própria.

Por possuir três dimensões, a escala de aceitação à CPE teve sua aplicação no presente estudo comparada com os resultados obtidos por Henderson-King e Henderson-King (2005) e por Swami et al. (2011); a Tabela 4 sintetiza as estatísticas de análises fatoriais exploratórias utilizando-se extração de fatores por componentes principais e rotação VARIMAX.

Na amostra brasileira, o único item que carrega em fator diferente em relação ao estudo de Henderson-King e Henderson-King (2005) é o **Soc02**, que tem *factor loading* elevado no fator CONSIDER (no estudo original, possui *factor loading* elevado apenas no fator SOCIAL). Por esse motivo, optou-se por descartá-lo das presentes análises.

Já na amostra portuguesa, o único item que carrega em fator diferente em relação ao estudo de Henderson-King e Henderson-King (2005) é o **Consider05**, que tem *factor loading* elevado no fator INTRA (no estudo original, possui *factor loading* elevado apenas no fator CONSIDER). Por esse motivo, também foi descartado.

A confiabilidade das quatro escalas foi também acessada por meio do coeficiente alfa de Cronbach. Os valores, apresentados por escala (dimensão) e por amostra na Tabela 3, são satisfatórios, todos substancialmente acima do limite mínimo de 0,70, critério usualmente empregado para tratar construtos reflexivos unidimensionais (CHURCHILL, 1979; MAZZOCCHI, 2008; COSTA, 2011).

Tabela 3 – Valores do Alfa de Cronbach por escala (dimensão) e por amostra

Escala	São Paulo	Porto
Autoestima	0,8435	0,8643
Autoestima do corpo	0,8431	0,8889
Materialismo	0,8501	0,7796
CPE – dimensão Intra	0,8581	0,8608
CPE – dimensão Consider	0,9166	0,8622
CPE – dimensão Social	0,8623	0,8500

Fonte: elaboração própria.

Tabela 4 – Comparação dos resultados das análises fatoriais com extração de fatores por componentes principais dos itens da escala de aceitação à CPE

Item	<u>O presente estudo - respondentes brasileiros</u>			<u>O presente estudo - respondentes portugueses</u>			<u>Henderson-King e Henderson-King (2005)</u>			<u>Swami et al. (2011)</u>		
	Fatores / cargas fatoriais			Fatores / cargas fatoriais			Fatores / cargas fatoriais			Fatores / cargas fatoriais		
	I ^a	C ^a	S ^a	I ^a	C ^a	S ^a	I	C	S	I	C	S
Intra01	-0,63			0,62			0,79			0,56		
Intra02	-0,74			0,82			0,88			0,70		
Intra03	-0,81			0,76			0,82			0,80		
Intra04	-0,81			0,80			0,79			0,80		
Intra05	-0,62			0,76			0,72			0,61		
Consider01		0,79		0,53	-0,62			0,72			0,69	
Consider02		0,72			-0,86			0,84			0,47	
Consider03		0,76			-0,87			0,79			0,49	
Consider04		0,81			-0,80			0,89			0,68	
Consider05		0,77		0,48				0,63			0,74	
Soc01			0,70			0,73			0,72			0,62
Soc02		0,63	0,31			0,62			0,52			0,69
Soc03			0,67			0,67			0,84			0,68
Soc04			0,82			0,89			0,95			0,81
Soc05			0,68			0,75			0,66			0,68

^a (I) dimensão intrapessoal; (C) dimensão considerar realizar CPE; (S) dimensão social.

(*) Apenas as cargas fatoriais maiores que |0,45| são exibidas.

(**) As respostas ao item **aceit10**, medido na redação inversa, foram também invertidas antes das análises.

As saídas completas dos modelos de análise fatorial a que se referem a tabela estão disponíveis a partir dos autores.

Fonte: elaboração própria; HENDERSON-KING; HENDERSON-KING (2005); SWAMI et al. (2011).

4. Análises e Resultados

A amostra final foi composta por 217 respondentes de São Paulo e 148 de Porto. A Tabela 5 apresenta algumas estatísticas descritivas desses respondentes. Nota-se proporção maior de mulheres em ambas as amostras (59,9% e 53,4%, respectivamente) e distribuição de idade dos respondentes que aponta indivíduos no geral mais velhos na amostra de Porto.

Tabela 5 – Estatísticas descritivas da amostra

	São Paulo (% na coluna)	Porto (% na coluna)	TOTAL (% na coluna)
	(n = 217)	(n = 148)	(n = 365)
Gênero			
Feminino	130 (59,9)	79 (53,4)	209 (57,3)
Masculino	87 (40,1)	69 (46,6)	156 (42,7)
Idade			
17-21	68 (31,3)	3 (2,0)	71 (19,5)
22-26	52 (24,0)	13 (8,8)	65 (17,8)
27-31	41 (18,9)	20 (13,5)	61 (16,7)
32-36	23 (10,6)	27 (18,2)	50 (13,7)
37-41	16 (7,4)	42 (28,4)	58 (15,9)
42 ou mais	17 (7,8)	43 (29,1)	60 (16,4)

Fonte: Elaborada pelos autores.

O construto aceitação à CPE, conforme discutido anteriormente, comporta três dimensões: INTRA, CONSIDER e SOCIAL. Assim sendo, optou-se, neste estudo, por elaborar três modelos de regressão linear múltipla, tendo cada um deles, como variável a ser prevista (ou variável dependente), uma dessas dimensões. Quanto à operacionalização de INTRA, CONSIDER e SOCIAL, foram criadas variáveis que equivalem à média das respostas aos seus respectivos indicadores.

Como variáveis preditoras (ou independentes) nos modelos de regressão, foram utilizados os construtos: autoestima, autoavaliação do corpo e materialismo, além das variáveis de controle: idade, gênero e país do respondente (Brasil ou Portugal). Quanto à operacionalização dos construtos de autoestima, autoavaliação do corpo e materialismo, optou-se por utilizar a média das respostas aos itens de suas escalas (depois de colocados na ordem direta, quando originalmente redigidos em ordem inversa), decisão esta justificada pelas análises já apresentadas, que oferecem evidência para tratamento unidimensional dessas variáveis.

Para incluir a variável qualitativa nominal ‘país do respondente’ nos modelos de regressão, foi criada a variável *dummy* ‘D-país’, codificada como 0 = respondente brasileiro e 1 = respondente português. Já para incluir a variável gênero, foi criada a variável *dummy* ‘sexo’, codificada como 0 = mulher e 1 = homem. A Tabela 6 contém estatísticas descritivas dos três modelos.

Tabela 6 – Modelos de regressão linear múltipla

Dimensão	A. intrapessoal			B. consider			C. social		
Preditor	Coef. ^a	Sig. ^b	ΔR^2 ^c	Coef.	Sig.	ΔR^2	Coef.	Sig.	ΔR^2
Intercepto	1,87	n.s.		2,50	0,00		1,86	0,00	
Idade	0,01	0,00	<1%	0,02	0,00	-1,6%	0,01	n.s.	-
D-país	-0,21	0,09	-1,1%	-0,60	0,00	-5,1%	-0,17	n.s.	-
Sexo	-0,34	0,08	-3,8%	-0,96	0,00	-16,5%	-0,33	0,00	-2,7%
MAT_mean	0,40	0,06	-9,9%	0,44	0,00	-6,3%	0,50	0,00	-11,9%
AEcorpo_mean	0,06	0,07	<1%	-0,31	0,00	<1%	-0,24	0,01	-1,8%
AE_mean	0,11	0,07	<1%	0,11	n.s.	-	0,03	n.s.	-
R² (modelo)		16,7%			35,5%			22,2%	
R² aj. (modelo)		15,2%			34,3%			20,7%	
Erro padrão		0,77			0,93			0,86	

^a Coeficiente estimado da variável no modelo de regressão.

^b Significância do coeficiente estimado no modelo de regressão (se diferente de zero). N.s.: valor-p maior que 0,10.

^c ΔR^2 : variação causada no R^2 (coeficiente de determinação) do modelo ao excluir a variável.

(*) Não há indício relevante ($VIF > 3$) de multicolinearidade em nenhum dos modelos; os pressupostos dos modelos, quando analisados os resíduos, estão satisfeitos.

(**) O tamanho da amostra nos três modelos foi 336 (29 observações foram descartadas por conterem *missing values*).

A partir do modelo A, cuja variável resposta é a dimensão intrapessoal da aceitação à CPE, pode-se dizer que, mantidas constantes as demais variáveis preditoras, homens tendem a aceitar menos fazer a CPE que mulheres; portugueses tendem a aceitar menos fazer a CPE que brasileiros; quanto maiores a autoestima e a autoavaliação do corpo, maior a aceitação à CPE; e quanto maior o materialismo, maior a aceitação à cirurgia plástica estética. No entanto, esses efeitos, embora estatisticamente significantes, são fracos. Parece merecer destaque apenas o efeito relativo de **materialismo** para prever essa dimensão de aceitação à CPE: a exclusão dessa variável faz o coeficiente de determinação do modelo cair de 16,7% (já baixo) para apenas 6,8%.

O modelo B aponta que, mantidas as demais variáveis preditoras constantes, quanto mais velho o indivíduo, maior sua aceitação à dimensão CONSIDER da CPE; portugueses aceitam menos a CPE nessa dimensão que brasileiros; homens aceitam menos a CPE nessa dimensão que mulheres; quanto mais materialistas, maior a aceitação à CPE nessa dimensão; e quanto menor a autoavaliação do corpo, maior a aceitação à CPE. Destacam-se os preditores: **sexo**, **país** e **materialismo**, que causam a maior variação no coeficiente de determinação do modelo caso sejam dele retirados (vide Tabela 6).

Por fim, o modelo C aponta que, mantidas as demais variáveis preditoras constantes, homens aceitam menos a CPE na dimensão SOCIAL que as mulheres; quanto mais materialistas, maior a aceitação à CPE nessa dimensão; e, quanto menor a autoavaliação do corpo, maior a aceitação à CPE nessa dimensão.

Com exceção da autoavaliação do corpo, quando significantes, as demais variáveis impactaram as dimensões da aceitação à CPE na mesma direção. As interpretações no contexto do campo do conhecimento são oferecidas no item seguinte.

5. Considerações Finais

De acordo com a literatura consultada, a associação entre autoestima e o interesse em realizar cirurgias estéticas não é clara. Estudo de Swami e Furnham (2008), por exemplo, mostra que a baixa autoestima não aumenta a probabilidade de se fazer uma cirurgia estética. Ao contrário, a autoestima foi relacionada com outros construtos, quais sejam, a atração e a

autoavaliação, que, por sua vez, foram negativamente correlacionados com a maior probabilidade de se considerar a CPE. Assim como Swami e Furnham (2008), Markey e Markey (2010) também confirmaram a hipótese de que a autoestima não é preditora do interesse pela CPE. No presente estudo, o tratamento separado dado às três dimensões da escala de aceitação à CPE pode ter contribuído para a compreensão dos resultados divergentes encontrados em estudos anteriores: há fraca evidência de relação entre autoestima e aceitação à cirurgia plástica na dimensão intrapessoal, e nenhuma nas demais dimensões.

Embora haja vários trabalhos na literatura que afirmem que as pessoas com menor autoavaliação do corpo aceitam mais a CPE do que os indivíduos com maior autoavaliação do corpo (HOROWITZ, 1983; SARWER et al., 2008; ROUNTREE; DAVIS, 2011), há pesquisas que apontam a existência de outros motivos geradores da aceitação à CPE, como, por exemplo, os problemas psíquicos. Indivíduos com transtorno dismórfico corporal, uma condição psiquiátrica caracterizada por extrema insatisfação e preocupação com um ligeiro defeito real ou imaginário na aparência, são notadamente predispostos a considerar a cirurgia estética como uma maneira de aperfeiçoar a percepção das falhas físicas (CRERAND; FRANKLIN; SARWER, 2006; SARWER; CRERAND, 2008). Outro ponto que relaciona a imagem corporal ao interesse pela cirurgia plástica é a orientação da aparência, ou o investimento nela, que significa o quanto os indivíduos valorizam a sua aparência e o quanto eles prestam atenção nesse aspecto. Pessoas que investem mais tempo e esforço na monitoração da sua autoavaliação do corpo apresentam maior interesse pela CPE do que os que dão menos importância a ela (SARWER et al., 2005). Outras pesquisas apontam ainda que a insatisfação específica pode influenciar a decisão de se submeter à cirurgia estética, o que não ocorre quando há insatisfação corporal global (SARWER et al., 1998b; DIDIE; SARWER, 2003). No presente estudo, a insatisfação com a imagem corporal, refletida pela baixa autoavaliação do corpo, não antecede necessariamente a aprovação da CPE: nos três modelos de regressão linear múltipla apresentados, o coeficiente associado a essa variável apresentou um sinal positivo e dois negativos, além de que o impacto relativo da variável para a explicação global dos modelos foi baixo.

Já a associação entre materialismo e a aceitação à cirurgia plástica estética parece ser mais clara. Estudos anteriores não apenas indicam que os indivíduos mais materialistas aceitam mais a CPE, como também que o materialismo aparece como um forte preditor do desejo de se realizar uma CPE. Henderson-King e Brooks (2009), por exemplo, trouxeram à luz as seguintes relações: (i) materialismo e atratividade – as mulheres motivadas por aspirações materialistas, ao invés de aspirações intrínsecas, foram mais propensas a experimentar o corpo como um projeto, indicando que são mais favoráveis à cirurgia estética enquanto uma forma útil para aumentar a atratividade; (ii) materialismo, normas sociais de atratividade e convívio social – as mulheres que mais internalizaram as normas sociais de atratividade e as altamente materialistas foram as que mais aceitaram o uso da cirurgia plástica por razões psicológicas, e quanto mais perseguiam objetivos materialistas, mais forte era a aceitação da CPE como forma de melhorar o convívio social e a carreira; e (iii) influência de grupos sociais (amigos e pais) – quanto mais os pais eram preocupados com a aparência, mais as filhas aceitavam a cirurgia plástica por razões sociais.

Quanto ao achado sobre a aceitação da CPE e gênero, que indicou que as mulheres aceitam mais o procedimento do que os homens, Frederick, Lever e Peplau (2007) mostram que as mulheres estão sob maior pressão para atingir os ideais atuais de beleza e magreza do que os homens.

Finalmente, em relação ao efeito país, a constatação de que os brasileiros aceitam mais a CPE do que os portugueses não é surpreendente, e apenas ajuda a explicar o volume proporcionalmente maior de cirurgias estéticas realizadas em São Paulo e no Rio de Janeiro na comparação com Lisboa e Porto.

Uma das contribuições acadêmicas deste trabalho foi a comparação entre os gêneros. O estudo da validação da escala no Brasil, de Swami et. al (2011), encontrou poucas diferenças significativas entre homens e mulheres quanto à aceitação da CPE entre os adultos brasileiros. No presente estudo, há forte evidência de que as mulheres aceitam mais a CPE do que os homens, o que está em concordância também com o estudo de Andrade (2010), que relata que as mulheres são mais susceptíveis de serem pacientes de cirurgia estética no Brasil. Outra contribuição deste trabalho reside em seu aspecto *cross-cultural*, por analisar a relação entre os construtos estudados em dois países, simultaneamente.

Para a área gerencial, uma implicação importante do presente estudo refere-se à clarificação da relação entre autoestima, autoestima do corpo e materialismo e o consumo de serviços cirúrgicos estéticos.

A limitação do estudo está no uso de amostra não probabilística, o que restringe a possibilidade de generalização dos resultados. Em grande parte dos estudos anteriores sobre o tema, a amostra era composta apenas por mulheres, ou tratava-se de uma amostragem irregular quanto ao número de homens e mulheres. Felizmente, neste estudo conseguiram-se amostras razoavelmente equilibradas quanto ao gênero. Por outro lado, as amostras de Portugal e do Brasil se diferenciaram quanto à faixa etária. No Brasil, a maioria dos respondentes era de jovens, enquanto em Portugal era de adultos.

Referências

ANDRADE, D. On norms and bodies: findings from field research on cosmetic surgery in Rio de Janeiro, Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 18, n. 35, p. 74–83, 2010.

ARNDT, J.; SOLOMON, S.; KASSER, T.; SHELDON, K. The urge to splurge: a terror management account of materialism and consumer behavior. *Journal of Consumer Psychology*, v. 14, n. 3, p. 198–212, 2004.

ASPS – AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS. **Overall Trends**. Acesso em 4 de Novembro de 2011, disponível em <http://www.plasticsurgery.org/News-and-Resources/Statistics.html>, 2011.

BARTKY, S. L. Narcissism, femininity and alienation. **Social Theory and Practice**, v. 8, n. 2, p. 127–143, 1982.

BELK, R. W. Three Scales to Measure Constructs Related to Materialism: Reliability, Validity, and Relationships to Measures of Happiness. **Advances in Consumer Research**, v. 11, n. 1, p. 291-297, 1984.

BELK, R. W. Materialism: Trait Aspects of Living in the Material World. **Journal of Consumer Research**, v. 12, n. 3, p. 265-280, 1985.

BELK, R.; AUSTIN, M. Organ Donation Willingness as a Function of Extended Self and Materialism. **Advances in Consumer Research**, Duluth, Minnesota, v. 1, p. 84-88, 1986.

BROWN, A.; FURNHAM, A.; GLANVILLE, L.; SWAMI, V. Factors that affect the likelihood of undergoing cosmetic surgery. **Aesthetic Surgery Journal**, v. 27, n. 5, p. 501–508, 2007.

BURROUGHS, J. E.; RINDFLEISCH, A. Materialism and Well-Being: A Conflicting Values Perspective. **Journal of Consumer Research**, v. 29, n. 3, p. 348-370, 2002.

CHURCHILL, G. A. Paradigm for Developing Better Measures of Marketing Constructs. **Journal of Marketing Research**, v. 16, n. 1, p. 64-73, 1979.

COOPERSMITH, S. **The antecedents of self-esteem**. Freeman, 1967.

COSTA, F. J. Mensuração e Desenvolvimento de Escalas. Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna, 2011.

CRERAND, C. E.; FRANKLIN, M. E.; SARWER, D. B. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 118, n. 7, p. 167–180, 2006.

DELINSKY, S. S. Cosmetic Surgery: A Common and Accepted Form of Self-Improvement? **Journal of Applied Social Psychology**, v. 35, n. 10, p. 2012-2028, 2005.

DIDIE, E. R.; SARWER, D. B. Factors that influence the decision to undergo cosmetic breast augmentation surgery. **Journal of Women's Health**, v. 12, n. 3, p. 241–253, 2003.

DINI, G. M.; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. Adaptação cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala da Auto-Estima de Rosenberg. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 19, n. 1, p. 41-52, 2004.

FISHER, S. **Development and Structure of the Body Image**. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1986.

FISKE, S. T. Attention and weight in person perception: the impact of negative and extreme behavior. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 38, n. 6, p. 889–906, 1980.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Lipoaspiração volta a ser a cirurgia plástica mais realizada no Brasil**. Caderno Saúde e Ciência, C10 (20 de Janeiro de 2013).

FOURNIER, S.; RICHINS, M. L. Some Theoretical and Popular Notions Concerning Materialism. **Journal of Social Behavior and Personality**, v. 6, p. 403-414, 1991.

FREDERICK, D. A.; LEVER, J.; PEPLAU, L. A. Interest in cosmetic surgery and body image: views of men and women across the lifespan. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 120, n. 5, p. 1407–1415, 2007.

HAIKEN, E. **Venus envy: A history of cosmetic surgery**. The Johns Hopkins University Press, 1997.

HENDERSON-KING, D.; BROOKS, K. D. Materialism, sociocultural appearance messages, and paternal attitudes predict college women's attitudes about cosmetic surgery. **Psychology of Women Quarterly**, v. 33, n. 1, p. 133–142, 2009.

HENDERSON-KING, D.; HENDERSON-KING, E. Acceptance of cosmetic surgery: Scale development and validation. **Body Image**, v. 2, n. 2, p. 137–149, 2005.

HOROWITZ, S. B. Social and Psychological Effects of Changing Appearance: A Before and After Study of Rhinoplasty Patients. Rutgers University, 1983.

KASSER, T. **The high price of materialism**. Cambridge, MA: MIT Press, 2002.

KASSER, T.; RYAN, R. M. Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 22, n. 3, p. 280–287, 1996.

LENS, I.; PANDELAERE, M. P.; WARLOP, L. Effects of Advertising Exposure on Materialism and Self-Esteem: Advertised Luxuries as a Feel-Good Strategy? **Advances in Consumer Research**, v. 37, n. 1, p. 1-5, 2010.

MARKEY, C. N.; MARKEY, M. M. A correlational and experimental examination of reality television viewing and interest in cosmetic surgery. **Body Image**, v. 7, n. 2, p. 165–171, 2010.

MARSH, H. W.; O'NEILL, R. Self description questionnaire (SDQ III): The construct validity of multidimensional self-concept ratings by late adolescents. **Journal of Educational Measurement**, v. 21, n. 2, p. 153-174, 1984.

MAZZOCCHI, M. **Statistics for Marketing and Consumer Research**. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 2008.

MICHENER, H. A.; DELAMATER, J. D.; MYERS, D. J. **Psicologia Social**. São Paulo, Brasil: Thomson Learning, 2005.

OBEYESEKERE, G. **Medusa's Hair: An Essay on Personal Symbols and Religious Experience**. Chicago: University of Chicago Press, 1981.

PARKER, P. The 2010-2015 **World Outlook for Cosmetic Surgery Procedures**. ICON Group International, 2009.

POLHEMUS, T. **The Body Reader: Social Aspects of the Human Body**. Pantheon, 1978.

PONCHIO, M. C; ARANHA, F. Materialism as a predictor variable of low income consumer behavior when entering into installment plan agreements. **Journal of Consumer Behaviour**, v. 7, n. 1, p. 21–34, 2008.

RICHINS, M. L. The Material Values Scale: Measurement Properties and Development of a Short Form. **Journal of Consumer Research**, v. 31, n. 1, p. 209-219, 2004.

RICHINS, M. L.; DAWSON, S. A Consumer Values Orientation for Materialism and Its Measurement: Scale Development and Validation. **Journal of Consumer Research**, v. 19, n. 3, p. 303-316, 1992.

ROSE, P.; DEJESUS, S. P. A model of motivated cognition to account for the link between self-monitoring and materialism. **Psychology & Marketing**, v. 24, n. 2, p. 93–115, 2007.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton University Press, 1965.

ROSENBERG, M. Self-concept from middle childhood through adolescence. **Psychological perspectives on the self**, v. 3, n. 1, p. 107-136, 1986.

ROUNTREE, M. M.; DAVIS, L. A. Dimensional Qualitative Research Approach to Understanding Medically Unnecessary Aesthetic Surgery. **Psychology & Marketing**, v. 28, n. 10, p. 1027–1043, 2011.

SARWER, D. B.; CRERAND, C. E. Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. **Body Image**, v. 5, n. 1, p. 50–58, 2008.

SARWER, D. B. et al. **Female college students and cosmetic surgery: An investigation of experiences, attitudes, and body image**. Plastic and Reconstructive Surgery, v. 115, n. 3, p. 931–938, 2005.

SARWER, D. B. et al. Two-Year Results of a Prospective Multi-Site Investigation of Patient Satisfaction and Psychosocial Status Following Cosmetic Surgery. **Aesthetic Surgery Journal**, v. 28, n. 3, p. 245-250, 2008.

SARWER, D. B.; PERTSCHUK, M. J.; WADDEN, T. A.; WHITAKER, L. A. Psychological investigations in cosmetic surgery: A look back and a look ahead. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 101, n. 4, p. 1136-1142, 1998a.

SARWER, D. B.; WADDEN, T. A.; PERTSCHUK, M. J.; WHITAKER, L. A. **Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients**. Plastic and Reconstructive Surgery, v. 101, n. 6, pp. 1644- 1649, 1998b.

SCHOUTEN, J. W. Selves in transition: Symbolic consumption in personal rites of passage and identity reconstruction. **Journal of Consumer Research**, v. 17, n. 4, p. 412-425, 1991.

SOLOMON, M. R. **Comportamento do consumidor**. 7ª ed. Porto Alegre, Brasil: Bookman, 2008.

SWAMI, V.; FURNHAM, A. **The psychology of physical attraction**. Routledge, 2008.

SWAMI, V. et al. Looking good: Factors affecting the likelihood of having cosmetic surgery. **European Journal of Plastic Surgery**, v. 30, p. 211–218, 2008.

SWAMI, V. et al. The Acceptance of Cosmetic Surgery Scale: Initial examination of its factor structure and correlates among Brazilian adults. **Body Image**, v. 8, n. 2, p. 179–185, 2011.

WATSON, J. J. The relationship of materialism to spending tendencies, saving, and debt. **Journal of Economic Psychology**, v. 24, n. 6, p. 723-739, 2003.